بررسی ۱۰۰ مورد شکم حاد جراحی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

*دکتر ابوالفضل مهدیزاده I
دکتر عبدالرسول اکبریان II
دکتر زهرا سرلک III
دکتر پیام اقتصادی عراقی III

چکیده

شیوع شکم حاد جراحی (غیرمامایی) در دوران بارداری حدود ۲-۰/۲٪ می‌باشد. با وجود شیوع بسیار کم، شکم حاد جراحی در دوران بارداری با عوارض جدی و مرگ و میر نسبتاً بالایی همراه است که علت آن عدم تشخیص به موقع و صحیح علت بیماری و گاهی درمان ناکافی می‌باشد. تشخیص افتراقی مشکلات جراحی غیر مامایی از مشکلات مامایی همراه با بیماریهای طبی گاهی بسیار دشوار است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع علل شکم حاد جراحی در زنان باردار، نحوه بروز بیماری، تشخیص به موقع و اداره آنها بوده است. این مطالعه به روش Case series و آینده‌نگر در فاصله سالهای ۱۳۷٤ تا ۱۳۸۰ در مراکز آموزشی دانشگاه ایران انجام شد و طی آن تمام زنانی که حاملگی آنها توسط آزمایشگاه (BHCG) قطعی شده بود و با تشخیص نهایی شکم حاد تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند وارد مطالعه شدند. متوسط سن بیماران ۲۲/۸٦ سال(انحراف معیار ٤/۲۲ سال)، متوسط میزان حاملگیهای قبلی ۳/۲٦(انحراف معیار ۲/۱۸) و میانگین تعداد زایمانهای قبلی ۲/۳۷(انحراف معیار ۰/۹۹) به دست آمد. اغلب بیماران در سه ماهه دوم بارداری قرار داشتند و شایعترین علامت درد شکم و شایعترین یافته حساسیت شکمی(Abdominal Tenderness) بود. شایعترین علت ایجاد کننده شکم حاد، حاملگی خارج از رحم با ٦۲٪ و سپس به ترتیب پارگی کیست تخمدان (۲۷٪) کیست خونریزی دهنده تخمدان(۱۰٪) و آپاندیسیت حاد(۱٪) بودند. در این مطالعه خوشبختانه مرگ و میر مادر دیده نشد. در نهایت می‌توان گفت شکم حاد در زمان بارداری می‌تواند بسیار خطرناک باشد و تشخیص سریع و به موقع آن در پیش‌آگهی و نتیجه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: ۱ – شکم حاد ۲ – بارداری ۳ – آپاندیسیت ۴ – حاملگی خارج از رحم

مقدمه

شیوع شکم حاد جراحی (غیرمامایی) در دوران بارداری حدود ۲-۰/۲٪ می‌باشد.

با وجود شیوع کم، این حالت با عوارض جدی و مرگ ومیر نسبتاً بالایی همراه است که علت آن عدم تشخیص به موقع و صحیح علت بیماری می‌باشد(۱). این مسئله چندان دور از انتظار نیست زیرا تغییرات فیزیولوژیک دوران حاملگی ایجاد اشکال در تفسیر یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی می‌شود. برای مثال، تهوع و استفراغ(یکی از علائم و نشانه‌های اصلی در اغلب موارد شکم حاد) معمولاً در دوران بارداری(سه ماه اول و دوم) بطور طبیعی وجود دارد و فشار رحم روی مثانه موجب تکرر ادرار می‌گردد.

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر زهرا سرلک جهت دریافت مدرک دکترای تخصصی زنان و زایمان به راهنمایی دکتر ابوالفضل مهدیزاده و مشاوره دکتر عبدالرسول اکبریان، سال ۱۳۸۱.

I) دانشیار بیماریهای زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران(*مولف مسئول).
II) دانشیار بیماریهای زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.
III) دستیار بیماریهای زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.
IV) متخصص بیهوشی و مراقبتهای ویژه.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

با پیشرفت حاملگی بسیاری از ارگانهای داخلی شکم جابجا می‌شوند(۲) که این مسئله بخصوص در مورد آپاندیس حائز اهمیت است، بطوری که در ماه پنجم در سطح ستیغ استخوان خاصره و در حوالی ترم نزدیک کیسه صفرا قرار می‌گیرد.

دراز کشیدن به پشت در حوالی ترم باعث انسداد کامل ورید اجوف تحتانی (قرار گرفتن بین رحم و ستون مهره‌ها) در ۹۰٪ افراد می شود، اما فقط در ۱۰٪ از بیماران علائم و نشانه‌های کاهش برون ده قلبی(از جمله هیپوتانسیون) مشاهده می‌گردد که به آن سندرم Supine Hypotension Syndrome گفته می‌شود. همچنین در اثر بزرگ شدن رحم و بالا آمدن آن، لیگمانهای رحمی بخصوص لیگامان گرد، تحت کشش قرار گرفته و باعث بروز درد گنگ و مبهمی در ناحیه تحتانی شکم می‌گردد(Round Ligament Syndrome)(۳).

در حاملگی بطور طبیعی افزایش فعالیت و اثر هورمونهای قشر غده فوق کلیه(از جمله گلوکوکورتیکواستروئیدها) وجود دارد.

این مسئله می تواند باعث کاهش واکنشهای التهابی در شرایطی نظیر آپاندیسیت شود. بطوری که در آپاندیسیت دوران بارداری، تب فقط در نیمی از موارد و لکوسیتوز(<۱۵۰۰۰/ml) فقط در $\frac{۲}{۳}$ موارد دیده می‌شود.

سایر تغییرات طبیعی و مهم دوران بارداری عبارتند از: کاهش هماتوکریت(۲۰-۱۰٪)، کاهش غلظت آلبومین سرم(۳۰-۲۰٪)، افزایش مختصر آلکالن فسفاتاز(٤).

در این مطالعه ۱۰۰ مورد از موارد شکم حاد جراحی در مراکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران در فاصله سالهای ۱۳۷٤ تا ۱۳۸۰ با هدف دست‌یابی به شیوع علل شکم حاد جراحی در زنان باردار، نحوه بروز بیماری در این زنان و تشخیص به موقع و درمان مناسب آنها تحت بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش Case series و آینده‌نگر در فاصله سالهای ۱۳۷٤ تا ۱۳۸۰ در مراکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

طی این مطالعه تمام زنانی که بارداری آنها توسط آزمایشگاه(BHCG) یا تاخیر در قاعدگی قطعی شده بود مورد بررسی قرار گرفتند و افرادی که با تشخیص نهایی شکم حاد جراحی (Acute Abdomen) تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند وارد مطالعه شدند و در نهایت ۱۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند.

مشخصات هر بیمار مانند سن، تعداد بارداری و زایمانهای گذشته، توسط مصاحبه حضوری تکمیل می‌شد و پس از آنکه بیمار توسط جراح زنان وزایمان و جراحی عمومی تحت معاینه اولیه قرار می‌گرفت، علائم و نشانه‌ها نیز ثبت می‌گردید و در صورت تایید، بیمار به اتاق عمل برده می‌شد.

پس از انجام جراحی، نتیجه پاتولوژی به صورت کتبی گزارش می‌شد.

عاقبت بارداری تا هنگامی که بیمار در بیمارستان بستری بود توسط مجری طرح مورد پیگیری قرار می‌گرفت و هنگامی که بیمار از بیمارستان مرخص می‌شد، توسط ارتباط تلفنی (در صورت امکان) این کار صورت می‌گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که براساس نتایج به دست آمده متوسط سن بیماران ۲۲/۸ سال(انحراف معیار ٤/۲۲ سال)، متوسط میزان حاملگیهای قبلی ۳/۲٦ (انحراف معیار ۲/۱۸) و تعداد زایمانهای قبلی ۲/۳۷(انحراف معیار ۰/۹۹) بوده است اغلب بیماران در تریمستر دوم قرار داشتند(جدول شماره ۱) و شایعترین علامت درد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

شکم و شایعترین یافته تندرنس شکمی بود(جدول شماره ۲).

در رابطه با علل ایجاد کننده شکم حاد شایعترین علت، حاملگی خارج از رحم با ٦٢٪ و پس از آن به ترتیب پارگی کیست تخمدان(۲۷٪)، کیست خونریزی دهنده تخمدان(۱۰٪) و آپاندیسیت حاد(۱٪) بودند.

جدول شماره ۱- فراوانی مطلق و نسبی بروز شکم حاد جراحی طی دوران بارداری

نام متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
تریمستر اول	۲۲	٪۲۲
تریمستر دوم	٥۹	٪٥۹
تریمستر سوم	۱۹	٪۱۹

جدول شماره ۲- فراوانی مطلق و نسبی علائم و نشانه‌های هنگام مراجعه

نام متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
درد شکم	۹٥	٪۹٥
تندرنس شکم	۹٥	٪۹٥
حساسیت در تخمدان	۹۰	٪۹۰
حرکت دردناک سرویکس	۷٥	٪۷٥
ریباند تندرنس	۷۰	٪۷۰
لمس توده در تخمدان	٥۰	٪٥۰
تهوع/استفراغ	۳۰	٪۳۰
گاردینگ شکمی	۲۰	٪۲۰
توشه رکتوواژینال	۱۰	٪۱۰
تاکیکاردی	۹	٪۹
تب	۷	٪۷
بی‌اشتهایی	۲	٪۲
شوک	۱	٪۱

بحث

طبق تعریفی که در Stedman Dictionary نوشته شده است، شکم حاد عبارت است از هر حالت حاد داخل شکمی که با درد، تندرنس، سفتی عضلانی همراه باشد که در این حالت باید به صورت اورژانس جراحی صورت گیرد(٤).

در مطالعات مختلف آمار متفاوتی از میزان بروز شکم حاد در دوران بارداری ذکر شده است.

در یک مطالعه که یکی از بزرگترین آنها نیز بشمار می‌رود، از ٤۱٥۳۲ زایمان انجام شده در یک دوره ۱۷ ساله، ۹۰ بیمار باردار تحت عمل جراحی به علت شکم حاد قرار گرفته بودند. بدین معنی که شیوع آن حدود ۰/۲۱٪ بوده است(٥و ٦).

در بررسی زنان باردار مبتلا به شکم حاد باید علل جراحی و زنان در نظر گرفته شود(۷).

در صورتی که علل مامایی نیز به آن اضافه شود، در راس همه آنها حاملگی خارج از رحم و پس از آن سقط عفونی همراه با پریتونیت قرار می‌گیرد که شیوع آن در حدود ۱ در هر ۱۰۰ حاملگی است.

بیش از ۹۰٪ این موارد قبل از هفته ۱۲ حاملگی تشخیص داده می‌شوند(٤).

در مطالعه‌ای که توسط Allen و همکارانش انجام شد، بین علل غیر مامایی آپاندکتومی در ۰/۰۹٪ و ناهنجاریهای تخمدانی در ۰/۰٥٪ مشاهده شده بود(٥).

سایر موارد شامل کیست خونریزی دهنده تخمدان، کیست پاره شده تخمدان و ۲ مورد بدون پاتولوژی خاص بوده است(٦).

در بررسی که توسط M.El-Amin و همکارانش صورت گرفت، شایعترین علت غیر مامایی شکم حاد در زنان باردار آپاندیسیت و پس از آن کله سیستیت، کیستهای تخمدانی و فیبروئیدها گزارش گردید(۸) به عبارت دیگر آپاندیسیت حاد شایعترین بیماری جراحی غیرمامایی و غیر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

تروماتیک شکم و شایعترین اورژانس جراحی طی حاملگی به حساب می‌آید(٤و ١٥-٩).

همان طور که قبلاً ذکر شد، پارگی کیست تخمدان(٢٧٪)، کیست خونریزی دهنده تخمدان(١٠٪) و آپاندیسیت حاد(١٪)، پس از حاملگی خارج از رحم(٦٢٪) در راس تمام پاتولوژی‌ها قرار دارند بدین ترتیب شیوع آپاندیسیت از شیوع کیست تخمدانی کمتر است که این خود نکته قابل توجهی می‌باشد که شاید دلیل آن ارجاعی بودن بیمارستانهای تحت مطالعه باشد. اما با وجود این، آپاندیسیت حدود ١٪ از موارد شکم حاد را تشکیل می‌دهد که مشابه آماری است که در مطالعات دیگر به دست آمده است(٤، ٦و ١٦).

در معاینات بالینی نیز شاید یافته‌های بالینی در یک زن باردار از یک زن غیرباردار خفیف‌تر باشد.

علائم پریتونئال اغلب در دوران بارداری به علت کشیده شدن جدار قدامی شکم دیده نمی‌شوند. همچنین بزرگ شدن رحم موجب می‌شود که امنتوم نتواند به طرف ناحیه التهابی حرکت کند بنابراین تظاهرات بیماریها تغییر می‌یابد. تغییرات ایجاد شده در محل آپاندیس به علت رشد رحم نیز می‌تواند در روند تشخیص و درمان تاخیر ایجاد کند که این موضوع می‌تواند بسیار خطرناک باشد. از سوی دیگر تغییراتی که بارداری در مقادیر آزمایشگاهی ایجاد می‌کند نیز بسیار با اهمیت است که از جمله آن افزایش تعداد WBCها است که در حالت طبیعی ١٦٠٠٠-٦٠٠٠ در میلیمتر مکعب می‌شود و در زمان لیبر حتی به ٣٠/٠٠٠ در میلیمتر مکعب نیز می‌رسد(٤).

در مطالعه M.EI-Amin و همکارانش، شایعترین شکایت، درد شکمی ذکر شده بود که در ٨٢٪ زنان دیده شد و بعد از آن تهوع و استفراغ با ٦٣٪ و یبوست با ٣٢٪ قرار داشتند. علائم بالینی شایع ضربان قلب بالا(٨٢٪) و تب(٧٥٪) بودند(٨).

در مطالعه ما نیز درد شکمی به عنوان شایعترین علامت در ٩٥٪ از موارد دیده شد اما پس از آن تندرنس شکم(٩٠٪) و حساسیت در لمس تخمدانها(٩٠٪) قرار داشتند. همچنین تهوع و استفراغ، تب و افزایش ضربان قلب در تعداد بسیار کمی از بیماران مشاهده گردید. شاید علت چنین امری را بتوان در علل ایجاد شکم حاد جستجو نمود.

در این مطالعه تمام علل ایجاد شکم حاد در زنان باردار در نظر گرفته شد در حالی که در مطالعه M.EI-Amin و همکاران فقط علل غیرمامایی بررسی شده بود.

در حاملگی خارج از رحم، حساسیت یا لمس توده در هنگام لمس تخمدانها وجود دارد که خود می‌تواند یکی از علل بالابودن میزان حساسیت در لمس تخمدانها(حدود ٩٠٪) به حساب آید(٤). همچنین شایعترین علت شوک در حاملگی، خونریزی و شایعترین علت خونریزی، پارگی حاملگی خارج رحم است(٩).

در مطالعه ما نیز یک بیمار که با حاملگی خارج از رحم مراجعه کرده بود به علت خونریزی و افت شدید فشار خون دچار شوک هیپوولمیک شده بود.

دانستن دقیق سن حاملگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا تشخیص افتراقی‌های متعدد و متفاوتی با توجه به سن حاملگی مطرح می‌شوند.

از سوی دیگر تغییراتی در علائم بیماران پدید می‌آید که شاید در تشخیص بیماری تأثیر داشته باشد. مثلاً درد آپاندیسیت در تریمستر اول در RLQ لوکالیزه می‌شود، در حالی که در تریمستر دوم آپاندیس در حدود ناف قرار می‌گیرد و در تریمستر سوم درد منتشر در ناحیه RUQ مشاهده می‌شود(٤) همچنین در اغلب مطالعات بیان شده که به نظر می‌رسد شیوع آپاندیست در تریمستر دوم بیشتر باشد(٨٠-٦٠٪ کل موارد)(٤).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

در مطالعه ما نیز بیشتر موارد شکم حاد در تریمستر دوم رخ داده بود(جدول شماره ۱).

در یک مطالعه گزارش شد که ۸۶٪ از موارد آپاندیسیت در تریمستر دوم بوده است(۱۵). همچنین چندزا بودن احتمال ابتلا به شکم حاد را در طی حاملگی‌های بعدی افزایش می‌دهد.

در یک مطالعه مشاهده شد که ۶۳٪ از موارد آپاندیسیت در زنان چندزا رخ داده است(۱۵).

در مطالعه ما نیز اغلب موارد شکم حاد در زنان چندزا رخ داده بود.

سونوگرافی یکی از شایعترین وسایل بررسی بیماران در حین بارداری است.

مطالعات متعددی مطمئن بودن آن را در حین بارداری ثابت نموده‌اند. با این وسیله براحتی می‌توان کیسه صفرا، پانکراس و کلیه‌ها را بررسی کرد.

امروزه از آن برای بررسی آپاندیس نیز استفاده می‌شود. اندازه شکم زن باردار در میزان موفقیت سونوگرافی اهمیت بسیار دارد.

در مورد اهمیت آن در بررسی وضعیت جنین نیز هیچ شکی وجود ندارد(٤).

البته در بررسی شکم حاد در دوران بارداری، لاپاراسکوپی و Pelviscopy نیز نقش مهمی دارند. امروزه اغلب موارد شکم حاد را می‌توان از طریق لاپاروسکوپی بررسی نمود و در برخی از موارد خاص نیاز به لاپاراتومی وجود دارد(۷).

هم اکنون در بسیاری از مراکز، لاپاراسکوپی برای درمان بیماران باردار به کار می‌رود.

دوره اقامت کوتاهتر، نیاز به مخدر کمتر، راه افتادن سریعتر و نیاز به دستکاری کمتر رحم از مزایای این روش محسوب می‌شوند(٤).

درمان شکم حاد به پاتولوژی ایجاد کننده آن بستگی دارد.

ضرورت درمان جراحی مشابه مواردی است که در زنان غیرباردار مطرح می‌شود.

اگر نیاز به جراحی وجود دارد اما به نظر می‌رسد که انتخابی (Elective) است باید تا حد امکان به تاخیر انداخته شود و اگر نیاز است تا تریمستر دوم به تعویق افتد، زیرا در این هنگام امکان پره ترم لیبر کمتر از تریمستر سوم است و نیز اثر نامناسب داروهای بیهوشی بر جنین از تریمستر اول کمتر می‌باشد(٤) پره ترم لیبر و زایمان، مهمترین خطراتی هستند که جنین را تهدید می‌کنند.

به نظر می‌رسد شدت بیماری زمینه‌ای مهمترین عامل تعیین کننده در این مسئله باشد(٤).

مرگ و میر ناشی از این جراحی‌ها بیشتر با شدت بیماری زمینه‌ای و تاخیر در درمان همراه است و با پاتولوژی همراه کمتر ارتباط دارد(٥).

در این مطالعه تا آنجا که پیگیری بیماران اجازه می‌داد هیچ موردی از مرگ یا زایمان زودرس (در مواردی که پاتولوژی ایجاد کننده علل غیرمامایی باشد) دیده نشد.

میزان مفیدبودن توکولیتیکها در پیشگیری از این واقعه نامشخص است(٤).

اگر چه تغییرات فیزیولوژیک طی حاملگی موجب تاخیر در تشخیص و در نتیجه پیچیده‌تر شدن درمان می‌گردد و این مورد به عنوان مهمترین علت خطرساز در مرگ و میر مادر و جنین موثر است(۱۷) اما هم اکنون با توجه به پیشرفتی که در علم پزشکی رخ داده است مرگ در مادران دیده نمی‌شود و اگر عارضه‌ای رخ دهد مربوط به آتلکتازی پس از بیهوشی می‌باشد.

جلوگیری از پیشرفت بیماری توسط جراحی به موقع می‌تواند موجب پیشگیری از مرگ جنین گردد(۲٦-۱۷).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

درنهایت اینکه شکم حاد در زمان بارداری می‌تواند بسیار خطرناک باشد.

تشخیص سریع و به موقع آن در پیش‌آگهی و نتیجه آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و همواره باید به این نکته توجه کرد که جراحی داخل شکمی در بیماران باردار یک افزایش خطر قابل قبول به مادران و جنین آنها تحمیل می‌کند(۵).

منابع

1- Kozar RA., Roslyn JJ., Appendix. In: Shwartz RS., Shires DA., Daly NA(eds). Principles of surgery. 7th ed., NewYork, McGraw-Hill, 2002, PP: 1607-9.

2- Hmad HT., The acute abdomen in pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 2000 Mar, 31(1): 201-13.

3- McCormick KM., The acute abdomen complicating pregnancy, Nebr State Med J, 1966 Jan, 51(1): 5-7.

4- Perry R., Acute abdomen and pregnancy. Medicine Journal, May 3, 2002, Volume 3, (5): 14-19.

5- Allen JR., Helling TS., Langenfeld M., Intraabdominal surgery during pregnancy, Am J Surg 1989 Dec, 158(6): 567-9.

6- Eryilmaz R., Sahin M., Bas G., Alimoglu O., Kaya B., Acute appendicitis during pregnancy, Dig Surg 2002, 19(1): 40-4.

7- Tarraza HM., Moore RD., Gynecologic causes of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy, Surg Clin North Am, 1997 Dec, 77(6): 1371-94.

8- El-Amin Ali M., Yahia Al-Shehrib M., Zakia ZMS., Abu-Eshyb S., Albara H., Sadike A., Acute abdomen in pregnancy, International Journal of gynecology & Obstetrics 1998, 62: 31-36.

9- Sakhri J., Youssef S., Ben Letaifa D., Sridi K., Essaidi H., Khairi H., Acute appendicitis during pregnancy, Tunis med, 2001 oct, 79(10): 521-5.

10- McGee TM., Acute appendicitis in pregnancy, Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1989 Nov, 29(4): 378-85.

11- Al-Mulhim AA., Acute appendicitis in pregnancy, A review of 52 cases, Int Surg, 1996 Jul-Sep, 81(3): 295-7.

12- Finch DR., Laparotomy during pregnancy, Br Med J., 1973 Aug 18, 3(5876): 408-9.

13- Weingold AB., Appendicitis in pregnancy, clin obstet gynecol, 1983 Dec, 26(4): 801-9.

14- Dufour P., Delebecq T., Vinatier D., Haentjens-Verbeke K., Tordjeman N., Prolongeau JF., et al., Appendicitis and pregnancy seven case reports, J Gynecol Obstet Biol Reprod(Paris), 1996, 25(4): 411-5.

15- Hsu YP., Chen RJ., Fang JF., Lin BC., Acute appendicitis during pregnancy: a clinical assessment, Chang Gung Med J, 2001 Apr, 24(4): 245-50.

16- Mourad J., Elliott JP., Erickson L., Lisboa L., Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs, Am J Obstet Gynecol, 2000 May, 182(5): 1027-9.

17- Kammerer WS., Nonobstetric surgery in pregnancy, Med Clin North Am, 1987 May, 71(3): 551-60.

18- Masters K., Levine BA., Gaskill HV., Sirinek KR., Diagnosing appendicitis during pregnancy, Am J Surg, 1984 Dec, 148(6): 768-71.

19- Finch DR., Laparotomy during pregnancy, Br Med J., 1973 Aug18, 3(5876): 408-9.

20- Leslie D., Surgical emergencies in pregnancy, Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1966 Aug, 6(3): 200-4.

21- Weingold AB., Appendicitis in pregnancy, Clin Obstet Gynecol, 1983 Dec, 26(4): 801-9.

22- Leslie D., Surgical emergencies in pregnancy, Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1966 Aug, 6(3): 200-4.

23- Kesarwani RC., Acute appendicitis complicating pregnancy, J Indian Med Assoc, 1984 Sep, 82(9): 316-8.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

24- Tan R., Acute abdomen in obstetrics and gynaecology, Xianggang Hu Li Za Zhi,1974 May, 16(0): 73-80.

25- Stone K., Acute abdominal emergncies associated with pregnancy, Clin Obstet Gynecol, 2002 Jun, 45(2): 553-61.

26- Sharp HT, The acute abdomen during pregnancy, Clin Obstet Gynecol, 2002 Jun, 45(2): 405-13.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

EVALUATION OF ACUTE ABDOMEN IN 100 PREGNANT WOMEN AT TEACHING CENTERS OF IRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

*A. Mehdizadeh, MD [I] A.R. Akbarian, MD [II] Z. Sarlak, MD [III] P. Eghtesadi Eraghi, MD [IV]

ABSTRACT

The incidence of nonobstetrical acute abdomen during pregnancy is 0.2 to 2 percent. In spite of low incidence of Acute Abdomen in pregnancy, it is with high complications and mortality rate because differential diagnosis between obstetrical and nonobstetrical causes are difficult and often diagnosis and management are too late and inappropriate. This case series prospective study was done from 1995 to 2001 in teaching centers of Iran University of Medical Sciences. All of the pregnant women with diagnosis of Acute Surgical Abdomen entered in this study. The mean age of cases was 22.86 years(SD +4.22 years) and mean number of previous pregnancies and previous live deliveries were 3.26 (SD +2.18) and 2.37 (SD+0.99) respectively. Most of cases were in second trimester of pregnancy and the most common synptom was abdominal pain and the most common sign was abdominal tenderness. The most common cause of Acute Abdomen was Ectopic pregnancy(%62) and then Ruptured ovarian cyst(%27), hemorrhagic ovarian cyst (%10) and acute appendicitis(%1). Fortunately there was no mortality in this study. In conclusion, acute abdomen during pregnancy can be risky. Thus, appropriate & quick diagnosis is highly important in its prognosis and result.

Key Words: 1) Acute Abdomen 2) Pregnancy 3) Appendicitis 4) Ectopic pregnancy(E.P)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

This article is the summary of the thesis in obstetrics and Gynecology of Z.Sarlak,MD under supervision of A.Mehdizadeh,MD and consultation with A.R.Akbarian,MD, 2002.

I) *Associate professor of obstetrics and Gynecology, faculty of medicine, Niayesh St., Satarkhan Ave, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran(*Corresponding author).*

II) *Associate professor of obstetrics and Gynecology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

III) *Resident of obstetrics and Gynecology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

IV) *Anesthesiologist.*